

QUALIDADE DE VIDA NA DOENÇA ALÉRGICA

Artigo de Revisão

Gonçalves, S¹

¹Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

Endereço eletrónico: sara_gnc_@hotmail.com

Coimbra, Portugal

Março de 2016

ÍNDICE

2. RESUMO	6
3. ABSTRACT	7
4. INTRODUÇÃO.....	8
4.1. Lista de abreviaturas.....	9
5. MATERIAIS E MÉTODOS.....	10
6. DOENÇA ALÉRGICA	11
7.1. Hipersensibilidade.....	11
7.1.1. Anticorpos IgE: os responsáveis.....	11
7.1.2. Mediadores da resposta alérgica e seus efeitos.....	12
7.1.3. Reações de Hipersensibilidade Localizadas	13
7.2. Diagnóstico.....	13
7.3. Tratamento	14
8. QUALIDADE DE VIDA	16
8.1. Qualidade de Vida na Doença alérgica	17
9. ASMA ALÉRGICA	18
9.1. Definição, epidemiologia, manifestações sintomáticas e terapêutica	18
9.2. Impacto na Qualidade de Vida.....	19

9.2.1. Questionários	21
9.3. Síntese Conclusiva	22
10. RINITE ALÉRGICA.....	22
10.1. Definição, epidemiologia, manifestações sintomáticas e terapêutica	22
10.2. Impacto na Qualidade de Vida	23
10.2.1. Questionários	25
10.3. Síntese Conclusiva	25
11. ALERGIAS ALIMENTARES	26
11.1. Definição, epidemiologia, manifestações sintomáticas e terapêutica	26
11.2. Impacto na Qualidade de Vida	27
11.2.1. Questionários	29
11.3. Síntese Conclusiva	31
12. DERMATITE ATÓPICA	31
12.1. Definição, epidemiologia, manifestações sintomáticas e terapêutica	31
12.2. Impacto na Qualidade de Vida	32
12.2.1. Questionários	35
12.3. Síntese Conclusiva	35
13. COMORBILIDADES ENTRE DOENÇAS ALÉRGICAS	36

14.	CONCLUSÃO	38
15.	AGRADECIMENTOS.....	40
16.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40

2. RESUMO

As doenças alérgicas são na sua maioria crónicas e consideradas um problema de saúde pública devido à sua crescente prevalência mundial. A Qualidade de Vida, particularmente a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, é um conceito que cada vez mais é tido em conta na prática clínica atual.

O objetivo deste trabalho de revisão é perceber qual a influência que as doenças alérgicas apresentam na qualidade de vida dos doentes e seus familiares, tendo sido avaliado com maior pormenor o impacto da asma alérgica, rinite alérgica, alergia alimentar e dermatite atópica.

Foi efetuada pesquisa bibliográfica em bases de dados de literatura médica *Pubmed/Medline*, *ClinicalKey* e *b-on* para pesquisa de artigos publicados a partir do ano 2005, inclusive. Foi também incluída literatura mais antiga, quando considerada relevante e de conteúdo ainda aplicável, e utilizadas publicações *online* e livros de texto.

A vida dos doentes, assim como também dos seus familiares, encontra-se marcadamente afetada pelas doenças alérgicas. Associam-se a impacto económico elevado, alteração da qualidade do sono com consequências na produtividade diurna, níveis de ansiedade elevados que podem conduzir a estados depressivos, isolamento social e absentismo laboral. O impacto na Qualidade de Vida é tanto maior quanto pior for o controlo da doença.

Para avaliar o impacto das doenças alérgicas na Qualidade de Vida podem ser usados inquéritos genéricos e inquéritos específicos de doença. Os últimos devem ser preferidos sempre que possível e deveriam ser usados rotineiramente na prática clínica, de modo a adaptar e individualizar as intervenções terapêuticas a cada doente.

A doença alérgica tem frequentemente envolvimento sistémico podendo ocorrer diversas manifestações clínicas num mesmo doente. É importante considerar as comorbilidades inerentes a esta associação quando se avalia a Qualidade de Vida pois esta está mais diminuída na coexistência de várias patologias. É necessário realizar mais estudos para avaliação do

impacto na Qualidade de Vida na doença alérgica e compará-los com o impacto atribuído a outras patologias crónicas.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de Vida; Rinite Alérgica; Asma; Dermatite Atópica; Alergia Alimentar.

3. ABSTRACT

Allergic diseases are chronic in their majority and considered a public health problem because of its increasing prevalence worldwide. Quality of Life, particularly the Health Related Quality of Life, is a concept that is increasingly taken into account in current clinical practice.

The aim of this review is to understand the influence that allergic diseases have on quality of life of the patients and their family, having been evaluated in more detail the impact of allergic asthma, allergic rhinitis, food allergy and atopic dermatitis.

The bibliographic search was performed in medical literature databases PubMed / Medline, ClinicalKey and b-on for research articles published from 2005 inclusive. It was also included previous literature, when considered relevant and with content still applicable, and it was used online publications and textbooks.

The live of patients, as well as of their families, is markedly affected by allergic diseases. They are associated with high economic impact, changes in quality of sleep with consequences on daytime productivity, high levels of anxiety that can lead to depressive states, social isolation and laboral absenteeism. The impact on the Quality of Life is greater with worst disease control.

To assess the impact of allergic diseases in the Quality of Life it can be used generic surveys and specific surveys of disease. The latter should be preferred when possible and should be used routinely in clinical practice in order to adapt and individualize the therapeutic interventions to each patient.

Allergic diseases often have systemic involvement and diverse clinical manifestations may occur in the same patient. It is important to consider the comorbidities inherent to this association when assessing the Quality of Life because it is more decreased in the coexistence of various pathologies. It is necessary to conduct further studies to assess the impact on the Quality of Life in allergic disease and compare it to the impact attributed to other chronic pathologies.

KEYWORDS: *Quality of Life; Allergic Rhinitis; Asthma; Atopic Dermatitis; Food Hypersensitivity.*

4. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde define Qualidade de Vida (QdV) como “a percepção individual do seu lugar na vida, no contexto de sistemas de cultura e valores nos quais vive, e em relação com os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.” É um conceito muito abrangente sendo influenciando, de maneira complexa, pelo estado de saúde física e psicológica, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e relação com o meio envolvente(1). Nos últimos 40 anos, e cada vez mais, é reconhecida a importância de considerar

a dimensão subjetiva das doenças de modo a ser obtida uma visão mais coerente e realista do doente e dos elementos relacionados com o seu estado de saúde(2).

As doenças alérgicas consistem numa resposta inapropriadamente exagerada, inata ou adquirida, a antigénios que, comumente, apresentam pouco ou nenhum risco à saúde(3). São condições maioritariamente crónicas, e nestas incluem-se a asma e rinite alérgicas, eczema atópico e alergias alimentares.

Estas doenças podem ser consideradas um problema de saúde pública de proporções pandémicas, prevendo-se que atualmente cerca de 30 a 40% da população mundial seja afetada por uma ou mais doenças alérgicas(4), afetando na Europa mais de 150 milhões de pessoas, tratando-se da doença crónica mais comum(5). A sua prevalência está a aumentar tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento, sendo este aumento superior na população mais jovem(4). Segundo *experts*, 1 em cada 3 crianças tem uma doença alérgica e prevê-se que atinja mais de 50% da população europeia em 2024(5).

Na doença alérgica, diversos aspetos da qualidade de vida pode estar afetados, pois para além de se tratar de uma doença debilitante a nível da saúde física, pode condicionar situações como a progressão na carreira, desenvolvimento pessoal e escolhas de estilo de vida(5), afetando domínios como o estado psicológico, independência, relações sociais e relação com o meio envolvente. De todo o conceito de QdV, a parte que é afetada pelo estado de saúde e doenças do indivíduo é designada como Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QdVRS)(6).

4.1.Lista de abreviaturas

ACQ- *Asthma Control Questionnaire*

ACSS- *Asthma Control Scoring System*

ACT- *Asthma Control Test*

FceRs- Recetores Fc específicos para as regiões específicas de IgE

IgE- Imunoglobulina E

LASS- *Lara Asthma Symptom Scale*

QdV- Qualidade de vida

QdVRS- Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

PROs- *patient-reported outcomes*

RQLQ- *Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire*

VEF₁ – Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo

5. MATERIAIS E MÉTODOS

Para a realização do presente artigo de revisão foi efetuada pesquisa bibliográfica em bases de dados de literatura médica. Foram usadas as bases de dados médicas *Pubmed/Medline*, *ClinicalKey* e a base e dados generalista *b-on* para pesquisa de artigos, dando preferência a artigos publicados a partir do ano 2005, inclusive. Foi também incluída literatura mais antiga quando considerada relevante e de conteúdo ainda aplicável.

Para a pesquisa com o motor *Pubmed*, utilizou-se variadas combinações dos termos MeSH “*quality of life*”, “*rhinitis, allergic*”, “*asthma*”, “*dermatitis, atopic*”, “*food hypersensitivity*”. Além de bases de dados de literatura médica, foram também utilizadas publicações *online* de organizações e grupos de estudos relacionadas com o tema, assim como livros de texto.

6. DOENÇA ALÉRGICA

6.1. Hipersensibilidade

As reações de hipersensibilidade podem ser divididas quanto ao tempo de manifestação dos sintomas em imediatas, os sintomas ocorrem num curto período de tempo após o estímulo imune, e retardadas, levam horas ou dias até se manifestarem; e quanto aos mecanismos imunes que lhes estão subjacentes em tipo I, II, III e IV. A hipersensibilidade tipo I, mecanismo na origem de muitas das doenças alérgicas mais comuns, é mediada por anticorpos de imunoglobulina E (IgE) e é iniciada pela interação entre anticorpos IgE e antígenos multivalentes. Indivíduos saudáveis geram anticorpos IgE apenas no contexto de infecções parasitárias mas algumas pessoas, referidas como atópicas, apresentam predisposição para a produção de anticorpos IgE como resposta a antígenos ambientais comuns como pólenes, alimentos, fármacos, produtos de insetos, entre outros(3).

A alergia não é uma doença por si só, mas consiste, mais propriamente, num mecanismo que leva à doença, e manifesta-se sob a forma de diferentes condições clínicas. Comumente tem início nos primeiros 3 meses após o nascimento, podendo nalguns casos regredir espontaneamente com a idade(6).

6.1.1. Anticorpos IgE: os responsáveis

Os anticorpos IgE causam hipersensibilidade por se ligarem a recetores Fc específicos para as suas regiões específicas (FceRs), expressos por várias células imunológicas inatas como basófilos, mastócitos e eosinófilos, podendo permanecer estáveis por semanas(3).

A ligação da IgE aos FceRs ativa as células, induzindo uma cascata de sinalização que leva à sua desgranulação com a libertação do conteúdo dos grânulos intracelulares para a corrente

sanguínea, que é variável mas tipicamente inclui histamina, heparina e proteases(3,6). Juntamente com outros mediadores sintetizados por granulócitos ativados (leucotrienos, prostaglandinas, quimiocinas e citocinas), atuam nos tecidos envolventes e outras células imunológicas, causando os sintomas de alergia. As várias manifestações clínicas da hipersensibilidade tipo I, em diferentes tecidos e espécies, traduzem as variações nos mediadores presentes. Estas variam desde condições que põem a vida em risco, como a anafilaxia sistêmica e asma severa, a reações localizadas, como a rinite alérgica e dermatite atópica. A natureza dos sintomas depende da via de entrada do alergénio, assim como a sua concentração e exposição prévia(3).

6.1.2. Mediadores da resposta alérgica e seus efeitos

Existem mediadores moleculares primários, pré-formados e armazenados em grânulos antes da ativação celular, e mediadores secundários, que podem ser sintetizados após ativação de células-alvo ou libertados devido à quebra da membrana fosfolipídica durante a desgranulação(3).

A histamina é um componente major dos grânulos dos mastócitos e os seus efeitos biológicos são observados minutos após a ativação destes. Existem quatro recetores de histamina, H1, H2, H3 ou H4, com diferentes distribuições e efeitos; a maioria dos efeitos biológicos da histamina nas reações alérgicas são mediados pela sua ligação ao recetor H1, ocorrendo contração do músculo liso dos brônquios e trato intestinal, aumento da permeabilidade vascular e prurido(3,6). A interação com os recetores H2 leva a aumento da permeabilidade vascular, devido à contração das células endoteliais; vasodilatação, devido ao relaxamento do músculo liso dos vasos sanguíneos; estimula as glândulas exócrinas e aumenta a secreção ácida no estômago(3).

Os leucotrienos e prostaglandinas são apenas formados após ocorrer a ativação e desgranulação dos mastócitos(3,6). Têm particular importância no mecanismo da asma alérgica pois sinalizam a contração do músculo liso dos brônquios e traqueia a partir de 30 a 60 segundos de início da reação de hipersensibilidade(3). Os leucotrienos provocam aumento da permeabilidade vascular, secreção mucosa e broncoconstrição(3,6), tendo um efeito mais potente do que a histamina(3).

Os mastócitos, basófilos e eosinófilos secretam várias citocinas e quimiocinas que alteram o microambiente local e levam ao recrutamento de células inflamatórias, como neutrófilos e eosinófilos(3,6).

6.1.3. Reações de Hipersensibilidade Localizadas

Nas reações localizadas de hipersensibilidade (atopia), a patologia é limitada a um tecido ou órgão alvo específico, e usualmente ocorre na superfície epitelial exposta em primeiro lugar ao alérgeno. Alergias atópicas incluem um largo espectro de condições mediadas por IgE como a rinite alérgica, asma, dermatite atópica e alergias alimentares(3).

6.2. Diagnóstico

A confirmação da presença de doença alérgica e a identificação, se possível, dos alérgenos causais são muito importantes para lidar de forma adequada com a doença e implementar a terapêutica adequada. Perante a suspeição clínica, através de uma história clínica e exame objetivo sugestivos, a confirmação diagnóstica pode ser feita através de testes *in vivo* (testes cutâneos) ou *in vitro*(4). Testes de provocação oral, nasal ou brônquica também podem ser úteis,

de acordo com a suspeita clínica, necessitando de ser realizados em ambiente hospitalar devido a questões de segurança(6).

Os testes cutâneos permanecem como a “*pedra basilar*” do diagnóstico de reações alérgicas mediadas por IgE(6), sendo utilizados na maioria dos casos. São testes baratos e relativamente seguros, permitindo a avaliação da reação a vários antigénios de uma só vez, através da introdução de pequenas quantidades de potenciais alergénios em locais de pele específicos, geralmente por injeção intradérmica. Após 30 minutos, examinam-se os locais injetados, e a presença de rubor e edema indica uma resposta alérgica (resultado da desgranulação dos mastócitos)(3). Os testes *in vitro* são especialmente úteis quando o resultado dos testes cutâneos é duvidoso ou quando estes não podem ser realizados(4). Nestes são medidos os níveis séricos de IgE específica de alergénio, usando as técnicas de ELISA ou de Western blot(3).

6.3.Tratamento

As estratégias terapêuticas para lidar com as doenças alérgicas, assentam em quatro pontos fundamentais: educação do doente, controlo ambiental e evicção alérgica, farmacoterapia e imunoterapia(4).

O controlo ambiental e evicção alérgica consistem na abordagem ideal, mas tal não é possível de conseguir na maioria dos casos, sendo necessário recorrer a intervenções farmacológicas e imunológicas(3,6).

A imunoterapia consiste em submeter o doente a exposições repetidas a doses crescentes de alergénios, levando à indução de tolerância(3,6). através da redução da resposta inflamatória alérgica nos órgãos-alvo(3,4). É considerado o melhor tratamento para as doenças alérgicas, podendo reduzir, ou mesmo eliminar, os sintomas durante meses ou anos após o curso de dessensibilização estar completo(3). Os meios mais comumente prescritos são sob a forma

subcutânea e sublingual; a eficácia das duas vias é comparável, sendo superior o perfil de segurança na forma sublingual(6). Apesar de muito eficaz, não resulta em todos os doentes nem para todos os alérgicos(3) e a adesão é pobre, por se tratar de um tratamento muito prolongado(6).

Várias terapêuticas farmacológicas estão disponíveis mas nenhuma altera o curso da doença, sendo apenas terapias sintomáticas(6). Os anti-histamínicos inibem a atividade da histamina através da ligação e bloqueio dos seus recetores nas células-alvo. Os de primeira geração apesar de serem muito efetivos no controlo dos sintomas, apresentam múltiplos efeitos secundários; ao contrário dos de segunda geração, mais recentes, que são mais seletivos para o recetor H1, com um risco muito menor de reatividade cruzada e efeitos anticolinérgicos e na secreção glandular(3,6). Os antagonistas dos leucotrienos, em comparação aos anti-histamínicos, são menos eficazes no controlo do prurido e dos estornutos, mas são superiores na congestão e tosse. A combinação dos dois agentes não apresenta resultados claramente superiores ao seu uso individual(6). Os corticosteroides de uso tópico, intranasal, ocular, inalatório e dérmico, são muito eficazes; os seus efeitos secundários, que variam conforme o local de aplicação, são consideráveis e devem ter sido em conta no seu uso prolongado. Os corticosteroides sistémicos são muito eficazes para todos os sintomas de doenças alérgicas, contudo devem ser reservados para situações graves devido aos graves potenciais efeitos secundários. O uso de cromonas, anticolinérgicos tópicos e simpaticomiméticos β_2 tópicos pode ter lugar no controlo de alguns sintomas, sobretudo na rinite e asma alérgicas(6).

Têm sido estudadas terapêuticas usando anticorpos monoclonais anti-IgE com o objetivo destes interferirem com a ligação da IgE aos Fc ϵ R nos mastócitos, basófilos, células B e algumas células apresentadoras de antígenos. O Omalizumab é o um exemplo destes agentes, estando aprovado para o tratamento da asma alérgica e, mais recentemente, de alguns casos de urticária(3,6).

7. Qualidade de Vida

A QdVRS consiste num conceito multidimensional que incorpora o impacto subjetivo do estado de saúde nos domínios considerados relevantes e pode ser definida como traduzindo a consequência funcional que uma doença e sua terapêutica apresentam no doente, percebido pelo próprio(7). Atualmente a expressão “resultados relatados pelos doentes”, ou em inglês, *patient-reported outcomes* (PROs), tende a ser mais usada pois foca a importância na obtenção de *outcomes* por parte do doente. Os PROs incluem todos os relatos do doente relacionados com o seu estado de saúde, como sintomas, QdVRS, percepção de doença, satisfação ou adesão à terapêutica, e estes não sofrem qualquer envolvimento ou interpretação pela parte do médico ou outra pessoa(2). Deste modo, é conseguida informação sobre os aspetos da doença mais significativos para o doente(6) e sobre a experiência pessoal do doente em relação à sua saúde, tratamento e cuidados de saúde(2), sendo possível obter uma descrição mais global e realística de determinada doença e seu impacto(7). Os PROs são afetados por aspetos relacionados com a doença, como a severidade, cronicidade e terapêutica, e por fatores relacionados com o doente, como stress, *coping* e humor(2).

Os questionários usados para avaliar a QdVRS na prática clínica devem estar propriamente validados de forma a apresentar boas propriedades psicométricas (validade, confiabilidade e responsividade)(2,6,7).

Existem questionários genéricos e questionários específicos. Os genéricos são adequados para o uso em todas as doenças e permitem a comparação entre doentes com diferentes patologias, ou ainda de doentes com indivíduos saudáveis. Têm a capacidade de avaliar uma grande variedade de áreas e podem ser usados em qualquer população, independentemente da doença subjacente, mas apresentam pouca profundidade de estudo e podem ser irresponsivos a

pequenas alterações na QdVRS, mesmo que estas sejam clinicamente importantes. Os questionários específicos incidem mais nos aspetos do estado de saúde que são relevantes para o doente com determinada condição ou doença, e podem ser específicos de população, doença, sintoma ou função. É assim possível obter um detalhe clínico superior quanto ao impacto de uma determinada doença ou tratamento na QdVRS, e são mais sensíveis a detetar alterações subtis no *outcome*, apesar de não permitirem comparação entre diferentes patologias(7). Devem ser preferidos, sempre que possível, os questionários específicos, pois são mais sensíveis a calcular mudanças uma mesma população, antes e depois de uma dada intervenção. Os questionários genéricos devem ser preferidos se um específico não estiver disponível ou se o objetivo for comparar duas populações diferentes de doentes(2).

7.1. Qualidade de Vida na Doença alérgica

A alergia consiste numa situação particular, não “tradicional”, de patologia e como tal, o alerta e preocupação sociais para estas doenças foi em tempos limitado. Contudo, vários estudos nas últimas décadas têm demonstrado que as doenças alérgicas apresentam impacto significativo na QdV, alterando várias noções de que se tratam de doenças “triviais” e pouco importantes(6) e mostrando que apesar de serem doenças que, excetuando raros casos, não apresentam grande risco de vida, têm a capacidade de interferir profundamente com a vida do doente(7). De fato, tem sido bem estabelecido que várias doenças alérgicas, como asma, rinite, dermatite atópica e alergia alimentar, apresentam prejuízo significativo na QdV(2), tanto do doente como muitas vezes também da sua família e pessoas próximas(4). Para além disto, apresentam também impactos social e económico consideráveis, devido não só à sua elevada prevalência, mas também à sua grande interferência com aspetos do dia-a-dia(2,4). O “fardo” económico associado às doenças alérgicas é devido não só aos gastos associados aos cuidados

de saúde, mas também devido à menor produtividade e absentismo laboral que podem condicionar(5).

Várias ferramentas têm sido desenvolvidas e aperfeiçoadas de forma a estabelecer melhor o verdadeiro impacto destas doenças na QdVRS(2,6) e de que modo os doentes experienciam e avaliam a sua experiência de doença e efeitos da terapêutica instituída(2).

Devido às particularidades de cada patologia, assim como da existência de questionários específicos de doença, é pertinente abordar individualmente cada uma das doenças referidas anteriormente: asma alérgica, rinite alérgica, alergias alimentares e dermatite atópica.

8. ASMA ALÉRGICA

8.1. Definição, epidemiologia, manifestações sintomáticas e terapêutica

A asma é um síndrome caracterizado por obstrução reversível, tanto espontânea como com tratamento, das vias aéreas, estando presente um tipo característico de inflamação que faz com que os doentes apresentem hiperresponsividade a determinados agentes, de entre os quais os alérgenos(4,8).

Na asma alérgica ocorre ativação e desgranulação dos mastócitos com libertação de mediadores inflamatórios na via aérea, levando a constrição dos brônquios por contração do músculo liso e obstrução devido à secreção mucosa e edema dos tecidos envolventes(3).

A atopia representa um fator de risco para o desenvolvimento de asma, especialmente em crianças(4,8), estando por vezes presente concomitantemente no doente também dermatite atópica ou rinite alérgica. Nalguns casos existe apenas conhecimento de história familiar de patologias alérgicas(6,8).

Estima-se que, em todo o mundo, cerca 300 milhões de indivíduos sofram de asma(4,8). A sua prevalência é superior na idade pediátrica, mas encontra-se a aumentar de um modo global(4,6).

As manifestações sintomáticas características da asma são pieira, tosse e dispneia, e muitas vezes pioram durante a noite. Estes são transitórios e reversíveis, tanto espontaneamente como ajuda terapêutica, mas se se tratar de asma severa e não controlada, esta pode ser fatal(4,8). O conceito de controlo da asma inclui manifestações clínicas e funcionais, como sintomas, despertares noturnos, uso de medicação de alívio sintomático, limitação das atividades diárias e função pulmonar(9,10). Na presença de um controlo ótimo da doença os sintomas diurnos e noturnos são mínimos ou ausentes, não existe limitação à atividade física, a necessidade de uso de terapêutica sintomática é mínima, a função pulmonar é normal ou próxima do normal, e não existem exacerbações(9).

A terapêutica broncodilatadora é útil em situação aguda, para controlo sintomático(8). O uso de corticosteroides inalatórios consiste, atualmente, no tratamento mais usado na asma, atuando na inflamação das vias aéreas(4).

8.2. Impacto na Qualidade de Vida

A asma é uma doença crónica muito prevalente, que acarreta elevado impacto social e económico, e consequente limitação na QdVRS dos seus doentes(9–11). O impacto económico é elevado, tanto devido aos custos diretamente associados à doença, como aos custos indiretos associados ao absentismo laboral, fato agravado por se tratar de uma doença que afeta grandemente jovens e adultos em idade produtiva(10,11). A doença afeta não só a QdV do doente mas também dos cuidadores de doentes em idade pediátrica(10).

Avaliar o impacto da asma tendo apenas por base as manifestações sintomáticas e atividade da doença, não fornece informação quanto à perceção do doente sobre a interferência da doença

na sua QdV, sendo importante recorrer a PROs(12). A avaliação da frequência e intensidade dos sintomas não se associa diretamente ao impacto nas funções social, física e/ou emocional do doente, pois o modo como os sintomas afetam os doentes, como experienciam a doença, e a percepção do seu impacto na sua vida quotidiana é variável, dependendo de fatores como expectativas, prioridades e estilo de vida dos doentes(12,13). Vários estudos demonstram também que a função pulmonar dos doentes asmáticos não apresenta uma boa correlação com a QdV(9).

Avaliar o controlo da doença é muito importante, e é uma medida que apresenta uma boa correlação com a QdV(9), pois a relação entre os sintomas de asma e a QdVRS está bem estabelecido(14). A asma com sintomas não controlados não afeta as crianças apenas fisicamente, mas pode ter grande impacto nas esferas aspetos sociais, emocionais e educacionais(10,14) e este impacto é extensível aos seus cuidadores e familiares. A percentagem de crianças asmáticas não controlada é elevada(10). A QdV nestes doentes é pior do que nos que apresentam controlo da doença(10,13,14), e as crianças apresentam maior absentismo escolar comparativamente com as que apresentam doença controlada. A falta de controlo da doença afeta de igual forma os cuidadores e familiares, estando associada a uma menor QdV neste, quando comparado aos que cuidam de crianças asmáticas com a doença controlada. Para além do impacto emocional e social nos cuidadores, está também comprometida a sua produtividade laboral(10).

A qualidade do sono em doentes asmáticos pode estar alterada. Durante o sono existe um aumento da resistência das vias aéreas que, nestes doentes, pode condicionar exacerbação da tosse, pieira e dificuldades no sono, resultando em alteração da qualidade do mesmo. Esta situação pode originar dificuldades de atenção, sonolência diurna, diminuição da performance escolar e laboral e disfunção psicológica com maiores níveis de ansiedade, associadas a uma menor QdVRS(14). Um maior número de despertares noturnos está também associado a um

menor controlo da doença, existindo não só uma diminuição da produtividade escolar da criança como também impacto na produtividade laboral dos cuidadores(10).

Nos adolescentes, a severidade da asma e a diminuição da capacidade de exercício, associam-se a menor QdV existindo impacto a nível social, educacional e emocional(13).

Está reportado que presença de Refluxo Gastro Esofágico associada à asma é um fator contribuinte para a diminuição da QdVRS observada nos doentes asmáticos, e o seu tratamento associa-se a melhorias nesta(9). Por outro lado, estudos demonstraram que a prática de exercício físico melhora a QdV de doentes com asma(13).

Devido à grande associação entre o controlo da doença e a QdV dos doentes, o controlo ótimo da doença deve constituir o objetivo da terapêutica, estando associado a uma diminuição do impacto dos sintomas na vida do doente e familiares, com consequente melhoria da QdV(9,10).

8.2.1. Questionários

O desenvolvimento e utilização de questionários dirigidos à obtenção de mais informação quanto à QdVRS de doentes asmáticas é indispensável.

O *Asthma Quality of Life Questionnaire* (AQLQ) é um questionário específico de doença que deve ser usado em doentes asmáticos para avaliar a sua QdVRS(7). Avalia 4 domínios: limitação da atividade, sintomas, função emocional e estímulos ambientais.

O estado de controlo da doença apresenta uma boa correlação com a QdV nestes doentes, e como tal, é importante ser avaliada(9). Existem variados questionários desenvolvidos com esse objetivo, tais como: *Asthma Control Questionnaire* (ACQ), *Asthma Control Test* (ACT), *Lara Asthma Symptom Scale* (LASS), *Asthma Control Scoring System* (ACSS) e, indicado para o uso em crianças e adolescentes, o *Asthma Therapy Assessment Questionnaire* (ATAQ). Os três primeiros, fornecem medidas sobre o nível de controlo da doença, mas enquanto o ACT e o

LASS apenas necessitam das avaliações subjetivas dos doentes, o ACQ, na sua versão original, combina sintomas subjetivos com o uso de broncodilatador e a percentagem de VEF₁ (Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo) previsto. Por outro lado, o ACSS combina um score clínico reportado pelo doente e dados funcionais, que incluem o Débito Expiratório Máximo Instantâneo, VEF₁, e um score inflamatório dado pela percentagem de eosinofilia na expetoração(15).

8.3.Síntese Conclusiva

A asma alérgica é uma doença crónica muito prevalente, que condiciona alterações na QdV dos doentes e seus familiares, com impacto em aspetos físicos, económicos, sociais, emocionais e educacionais, e estas são tanto maiores, quanto pior for o controlo da doença. A qualidade do sono é um aspeto que pode estar bastante diminuída nestes doentes, afetando os doentes e seus familiares, com diminuição da produtividade escolar e laboral dos mesmos. A capacidade de exercício também é um aspeto afetado, podendo encontrar-se diminuída.

O uso de questionários específicos de doença é muito importante pois os dados funcionais da doença e as manifestações sintomáticas não apresentam boa correlação com a QdVRS. Questionários de controlo de doença também apresentam uma grande utilidade por se tratar de uma medida com boa correlação com a QdV dos doentes asmáticos.

9. RINITE ALÉRGICA

9.1.Definição, epidemiologia, manifestações sintomáticas e terapêutica

A rinite alérgica consiste num processo inflamatório da mucosa nasal, mediado por IgE, após exposição a um ou mais alérgenos(16), manifestando-se tipicamente por estertores, rinorreia,

prurido e congestão nasais(6). A presença de IgE específica de alérgeno e de inflamação nasal eosinofílica é característica, e permite distinguir a rinite alérgica de outras formas de rinite(6). Para além dos sintomas nasais, podem estar presentes também sintomas conjuntivais como prurido ocular, lacrimejo, congestão dos vasos conjuntivais, quemose e edema periorbitário. A rinite alérgica pode ser também um fator predisponente para patologia das estruturas adjacentes, tais como seios perinasais, ouvido médio, nasofaringe e laringe(6), e é um fator de risco estabelecido para asma(4).

A rinite alérgica é a condição atópica mais comum(3), afeta entre 10 a 20% da população mundial(6) e apresenta elevada prevalência em todas as faixas etárias, sendo superior na idade pediátrica(17), e estudos indicam que esta está a aumentar(4). Apesar de ser das doenças crónicas mais frequentes em todo o mundo, é muitas vezes subdiagnosticada e subtratada(17,18).

As medidas terapêuticas consistem em educar o doente, adotar medidas de controlo ambiental, prevenindo dentro do possível a exposição alérgica, farmacoterapia e imunoterapia específica(4).

9.2. Impacto na Qualidade de Vida

A rinite alérgica apresenta impacto considerável nas atividades diárias dos seus doentes(19) afetando o bem-estar físico e psicológico dos doentes e pode condicionar, inclusivamente, alterações na dinâmica familiar dos indivíduos afetados(20). Os *outcomes* em doentes com esta patologia são influenciados por fatores não apenas relacionados com a doença em si, mas também com a sua terapêutica e controlo e por variáveis relacionadas com o próprio doente(15). A rinite alérgica apresenta um impacto significativo na QdV dos doentes(19,21), estando maioritariamente associado à severidade da doença do que à sua duração(18,19). De um modo geral, os doentes sentem-se incomodados pelos sintomas associados à doença, sobretudo pela

obstrução nasal, rinorreia e estertores, pela dificuldade em dormir bem durante a noite, com todas as consequências que isso acarreta, e por outros sintomas como sede, dificuldade na concentração e cefaleias(18).

A rinite alérgica apresenta problemas tipicamente relacionados com o sono, devido à incapacidade de respirar adequadamente durante o sono(18), podendo-se associar a apneia e ao ressonar. Estes estão relacionados sobretudo com a obstrução nasal característica desta doença, tanto em doentes pediátricos como em adultos(18,21). A congestão nasal está associada à maioria dos *outcomes* adversos associados à doença, tais como perturbação do sono, interferência com a atividade e absentismo laboral e é o sintoma mais reportado nas crianças, sendo associado a menor vitalidade e energia nestas(21).

A alteração na qualidade do sono a que a rinite alérgica está associada, condiciona alterações na função cognitiva e na produtividade e performance no local de trabalho, podendo levar a sonolência diurna e afetar a capacidade de aprendizagem e concentração das crianças doentes(18,20,21).

A rinite alérgica apresenta ainda impacto na vida social dos doentes, podendo condicionar isolamento, tanto na esfera familiar como na restante vida social, devido sobretudo ao evitamento de várias atividades que podem levar à exposição alérgica(18).

Associados sobretudo à rinite moderada a grave, podem também estar presentes sintomas de conjuntivite alérgica. Quando presentes, os sintomas oculares condicionam impacto importante na QdVRS destes doentes, sendo muitas vezes superior do que o condicionado pelos sintomas nasais(19).

Terapêuticas dirigidas ao controlo sintomático da doença, com melhoria na congestão nasal e inflamação, estão associadas a uma melhoria na qualidade do sono e QdV em geral(18,21), mas é necessário ter em atenção que medicamentos sedativos, como alguns anti-histamínicos, podem condicionar agravamento da capacidade de aprendizagem e concentração dos doentes,

bem como afetar negativamente a produtividade(18,20). A terapêutica na rinite alérgica deve deste modo, controlar as manifestações sintomáticas da doença, sem afetar adversamente as atividades do dia-a-dia ou a performance cognitiva do doente(22).

A rinite alérgica é uma doença crónica, e está ainda associada a importante impacto económico, não só devido aos custos associados com a prescrição medicamentosa, mas também devido à diminuição da produtividade e absentismo laboral que pode condicionar nos doentes em idade adulta(18,21,22).

9.2.1. Questionários

O *Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire* (RQLQ) é um questionário específico de doença, que deve ser usado nos doentes com rinite alérgica, para avaliar a sua QdVRS(7). O RQLQ apresenta 28 questões em 7 domínios: atividade, sono, existência de sintomas oculares, problemas práticos, sintomas nasais e emoções(23). Foi desenvolvida uma versão mais curta deste, o *Mini Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire* (MiniRQLQ), que apresenta apenas 14 itens em 5 domínios: atividade, problemas práticos, sintomas nasais, sintomas oculares, e outros sintomas, sendo muito útil para o uso em ensaios clínicos, por exemplo, devido à sua maior rapidez de resposta(24).

9.3.Síntese Conclusiva

A rinite alérgica é uma doença muito prevalente, que condiciona importantes alterações na QdV dos seus doentes, com impacto em aspetos físicos, económicos, sociais e emocionais, e estas podem condicionar alterações na dinâmica familiar. Estão tipicamente presentes problemas relacionados com o sono, que levam a sonolência diurna e menor produtividade escolar e laboral, e estes associam-se, geralmente, à presença de congestão nasal. É necessário ter cuidado com a prescrição de medicamentos sedativos que podem agravar ainda mais as

consequências diurnas da diminuição da qualidade do sono nos doentes com rinite alérgica. O impacto económico é associado, não só aos custos diretos da doença, mas também à diminuição da produtividade e ao absentismo laboral que pode existir.

O uso na prática clínica de questionários específicos de doença é muito importante para avaliar de modo o mais exato possível a QdVRS nestes doentes, e com base nos resultados, pensar estratégias para melhorá-la.

10. ALERGIAS ALIMENTARES

10.1. Definição, epidemiologia, manifestações sintomáticas e terapêutica

As alergias alimentares consistem em reações alérgicas após contato com um determinado alimento(3). Os alergénios alimentares mais comuns encontram-se no leite de vaca, ovos, amendoins, frutos secos de casca dura, soja, trigo, peixe e marisco; a maioria consiste em glicoproteínas hidrossolúveis relativamente estáveis ao calor, ácido e proteases, tendo uma digestão lenta(3).

Mundialmente, as alergias alimentares afetam 220 a 250 milhões de pessoas(4), estimando-se que que na Europa existam 17 milhões de doentes, dos quais 3,5 milhões tenham menos de 25 anos(6). A incidência encontra-se a aumentar e a sua frequência é superior em crianças, diminuindo com a maturidade(3).

Podem-se manifestar por uma grande variedade de sintomas, em diferentes órgãos e sistemas: reações cutâneas com urticária, angioedema ou dermatite atópica; reações gastrointestinais com náuseas e vômitos, dor abdominal, diarreia ou obstipação; ou ainda outras reações como rinoconjuntivite, asma, edema laríngeo ou mesmo anafilaxia. As manifestações clínicas ocorrem, mais frequentemente, após ingestão de um determinado alimento, por vezes mesmo em pequena quantidade, mas também podem surgir após inalação ou contato do mesmo

com a pele(6). Muitas crianças resolvem a sua alergia alimentar sem qualquer tratamento à medida que vão crescendo, devido à barreira intestinal se tornar mais eficiente com a maturidade. Apesar disto, podem continuar a ser detetáveis no sangue IgE específicas de alérgeno(3).

Até ao momento o único tratamento seguro é a evicção do agente causal, ou seja, do alimento em questão, encontrando-se em investigação novas estratégias terapêuticas. A educação do doente, familiares e pessoas próximas é essencial, devendo ser disponibilizada informação sobre como evitar o contato com o alimento, e como reconhecer e agir perante as reações alérgicas caso o contato ocorra(6).

10.2. Impacto na Qualidade de Vida

As alergias alimentares podem afetar vários aspetos da QdVRS, tanto nos doentes como nas suas famílias, e o impacto é superior se estiverem presentes alergias a vários alimentos(26–28). A QdVRS em doentes com alergia alimentar e seus familiares é, deste modo, menor do que na população em geral(29).

Vários estudos revelam que doentes com alergias alimentares apresentam *scores* mais baixos nos subdomínios da QdVRS referentes a dor corporal, funcionamento físico, saúde mental, saúde geral e saúde psicológica, emocional e social. Crianças afetadas obtiveram melhor desempenho quanto à saúde física e apresentaram menores limitações no trabalho escolar resultantes de problemas comportamentais(29).

Quando fora do ambiente relativamente controlado que é a sua casa, o doente com alergia alimentar deve prestar muita atenção a todos os alimentos ingeridos de modo a ter a certeza que não contêm os alérgenos a que são suscetíveis(27,28). Esta questão é difícil sobretudo em crianças. Estudos comparativos entre crianças com alergia a amendoins e crianças com *Diabetes Mellitus* tipo 1, demonstra que as primeiras experienciam níveis de ansiedade superior

em variadas situações sociais como festas de aniversário, e que associada à ansiedade, está também um impacto superior na qualidade de vida das crianças com alergias alimentares(27,28).

Fazer refeições fora de casa é muitas vezes evitado por doentes e pais de crianças afetadas. Os pais limitam por vezes atividades que possam levar à ingestão de alimentos não controlados por si, como deixar a criança brincar em casa de amigos, festas da escola ou acampamentos, o que pode levar ao sentimento de isolamento na criança(27). A falta de informação quanto às alergias alimentares e à sua potencial gravidade determina que situações como a correta etiquetagem de produtos alimentares em lojas(28) e a correta informação do conteúdo alergénico dos alimentos preparados em cantinas escolares(27), por exemplo, continuem a ser situações raras hoje em dia. Também as refeições preparadas em casa podem constituir um desafio e um processo indutor de grande *stress* para os cuidadores pois é necessário planear com antecedência tudo, condicionando as compras que se fazem, de modo a evitar o alergénio(27,28). Tal pode constituir uma tarefa difícil pois a presença de possíveis alergénios nem sempre é óbvia(28). Esta questão agrava-se quando a alergia alimentar é para mais do que um alergénio ou quando se trata de um alergénio ingrediente de muitos tipos de comida. A nutrição adequada dos filhos é também uma questão frequente nestes pais, que receiam que as evicções alimentares conduzam a deficiências nutricionais(27).

Fatores como a idade e o sexo desempenham fatores importantes no impacto na QdV que a doença apresenta. As raparigas tendem a reportar menor qualidade de vida de um modo geral, enquanto rapazes a descrevem sobretudo mais afetada em ambiente escolar(27,28). Quanto à faixa etária, a QdVRS dos cuidadores é sobretudo afetada em idades mais jovens, aumentando gradualmente à medida que as crianças vão crescendo(27). A ocorrência de ansiedade de separação é mais comum em crianças com alergia alimentar, podendo condicionar o desempenho escolar e social(28). Na adolescência, os doentes tendem a ser mais atentos à sua

alergia, o que pode ser uma situação causadora de *stress*. Esta situação pode tornar os adolescentes mais responsáveis e com mais empatia com outros em necessidade(27), mas também pode condicionar maior absentismo escolar e menor autoconfiança(29).

Evidências sugerem que crianças com alergias alimentares tendem a ser mais vulneráveis em situações sociais e sofrer *bullying* na escola, podendo-se instaurar situações de stress e ansiedade para a criança que levam à diminuição da sua QdV, numa fase da vida em que as interações sociais desempenham um papel central para o seu adequado desenvolvimento(27,28).

Os pais lidam com várias preocupações quanto à saúde e nutrição dos filhos e frustrações devido a todas as medidas de precaução necessárias(29) mas o impacto em ambos não é sentido da mesma forma. As mães são, na maioria dos casos, as responsáveis por preparar as refeições, e apresentam maior grau de preocupação com a doença da criança, tornando-se hipervigilantes com conseqüente impacto na sua QdV superior em relação ao seu companheiro. A QdV materna é reportada como mais afetada, tanto em termos físicos como psicológicos(27,28), e a percepção de suporte recursos sociais disponíveis apresenta impacto mais positivo nas mães, enquanto os pais são mais afetados pela noção de severidade da alergia alimentar da criança. A doença dos filhos pode constituir um fator promotor de desacordos entre o casal, resultando em problemas na sua relação conjugal(27).

Reações alérgicas mais severas ou história de reação anafilática, comprometem a QdV dos pais da criança afetada, enquanto o impacto na QdV da criança é mais notoriamente sentido se esta se lembra da sua ocorrência, e neste caso, dependendo da gravidade da reação anafilática, pode levar a situações de *stress* pós traumático(27). A existência de alergias ameaçadoras são causadoras de maior ansiedade e podem-se associar a estados depressivos e de isolamento(28).

10.2.1. Questionários

Com o uso de questionários genéricos para aceder à QdVRS nas alergias alimentares pode ser difícil separar o impacto da doença em questão de outras patologias comórbidas presentes, pois estes tendem a ignorar limitações no estilo de vida e impacto psicológico da doença, podendo levar à subvalorização do real impacto das doenças alérgicas na QdVRS(29). O uso de questionários específicos de doença é, sempre que possível, preferível.

As alergias alimentares afetam muitas crianças, que por vezes não têm capacidade de responder sozinhas a questionários. Nestes casos, pode-se pedir aos pais que respondam pelas crianças. Apesar de esta ser a medida melhor para aceder à QdVRS nestas crianças, o preenchimento dos questionários pelos pais de doentes com alergias alimentares, em substituição destes, pode não refletir a verdadeira perceção da criança quanto à sua QdV, pois os *outcomes* reportados pela criança e pelos seus pais apresentam apenas moderada correlação(29).

Existem vários questionários específicos de doença, alguns são para serem respondidos pelos pais e outros pelos próprios doentes. Os domínios avaliados são: impacto emocional, restrições dietéticas e evicção alérgica, impacto emocional e ansiedade relacionada com o risco de exposição accidental.

Dirigidos aos pais existem vários: o *Food Allergy Quality of Life – Parental Burden* (FAQL-PB) avalia o impacto parental em famílias com uma criança com alergia alimentar; o *Food Allergy Parent questionnaire* (FAPQ) avalia o ajustamento dos pais à alergia alimentar da criança; o *Food Allergy Quality of Life Questionnaire – Parent Form* (FAQLQ-PF) reporta a QdVRS das crianças do ponto de vista destas, do modo como é percebido pelos pais(30).

Para serem respondidos pelos doentes existem: o *Pediatric Food Allergy Quality of Life* (PFA-QL) avalia a QdVRS em crianças com alergia alimentar; o *Food Allergy Quality of Life Questionnaire – Child Form* (FAQLQ-CF), desenvolvido para avaliar a QdVRS em crianças entre os 8 e 12 anos; o *Food Allergy Quality of Life Questionnaire – Teenager Form* (FAQLQ-

TF), igual ao anterior mas dirigido a crianças dos 13 aos 17 anos; o *Food Allergy Quality of Life Questionnaire – Teen Form* (FAQLQ-teen), dirigido a crianças entre 13 e 19 anos; o *Food Allergy Quality of Life Questionnaire – Adult Form* (FAQLQ-AF) avalia a QdVRS em adultos com alergia alimentar(30).

10.3. Síntese Conclusiva

A alergia alimentar é uma doença cuja incidência se encontra a aumentar e afeta sobretudo crianças. Condiciona importantes alterações na QdV dos doentes e seus familiares, com impacto em aspetos físicos, económicos, sociais e emocionais. Os níveis de ansiedade e *stress* são superiores, tanto nos doentes como nos familiares, devido a todos os cuidados e atenção necessários de modo a evitar o alergénio em causa; as mães são mais afetadas relativamente aos pais, e tornam-se muitas vezes hipervigilantes. As crianças estão mais vulneráveis em situações sociais e podem sofrer de *bullying* na escola, condições que aliadas aos cuidados para não se expor ao alergénio, condicionam sentimento de isolamento social nestas. Nos adolescentes pode existir maior absentismo escolar e menor autoconfiança.

O uso de questionários específicos de doença é muito importante para avaliar de que modo esta doença afeta as crianças e a sua família, existindo formas dirigidas ao preenchimento pelos pais, e formas para serem respondidos pelos próprios doentes, a partir dos 8 anos.

11. DERMATITE ATÓPICA

11.1. Definição, epidemiologia, manifestações sintomáticas e terapêutica

A dermatite atópica é uma doença inflamatória crónica da pele muito comum, mediada por mecanismos imunes, e apresentando um espectro clínico variado e pode representar o início da chamada “marcha atópica”(4,6,31). É caracterizada por erupções cutâneas eritematosas e

pruriginosas numa pele seca(31), que podem ser preenchidas por material purulento caso exista infecção bacteriana concomitante, e está associada a níveis séricos de IgE geralmente elevados(3).

A sua incidência nos países industrializados aumentou duas a três vezes nas últimas três décadas. Afeta até 20% das crianças e 2 a 10% dos adultos, segundo a Academia Europeia de Alergia e Imunologia Clínica. Cerca de 30% das crianças, cuja doença teve início nas primeiras semanas a meses de vida, irão também sofrer de rinite alérgica e/ou asma(6) e 50 a 70% destes estão sensibilizados para mais do que um alérgico(31), podendo-se associar a alergias alimentares e respiratórias, como rinites e asma alérgicas(32,33). Por outro lado, cerca de metade das crianças afetadas entram em remissão espontânea antes da puberdade.

O objetivo terapêutico na dermatite atópica deve ser o controlo da doença a longo prazo, através da redução das manifestações assim como das complicações infecciosas. Devem também ser adquiridas estratégias preventivas ótimas numa janela de tempo adequada, em doentes em risco de desenvolver a “marcha atópica”(6).

11.2. Impacto na Qualidade de Vida

A dermatite atópica é uma doença muito comum e com uma prevalência a aumentar(31–35), condicionando implicações sociais e financeiras não só no doente, que na maioria dos casos se encontra em idade pediátrica, como também nos familiares e na sociedade(32). Vários aspetos podem estar afetados, também dependendo da faixa etária do doente, como por exemplo o tipo de vestuário, duração do banho, uso de emolientes, vida social e familiar, prática de desporto, sono, estudos e vida sexual e profissional(33).

A dermatite atópica desenvolve-se na maioria dos casos, nos primeiros anos de vida(32,35,36), altura crítica de desenvolvimento físico e psicossocial na qual se desenvolve o comportamento e os padrões de sono, por exemplo, e a sua presença pode ser um fator

condicionante do normal desenvolvimento da criança(36). Tais alterações podem não só condicionar a vida da criança doente, mas também afetar socialmente, fisicamente e emocionalmente os pais(32,36).

Alguns sintomas emocionais reportados como associados à dermatite atópica são irritabilidade, choro fácil e queixume frequente, que os pais associam à presença do prurido. Os pais descrevem também as crianças como mais necessidade de atenção e colo, medrosas e frustradas, podendo estar associados também problemas de comportamento e disciplina(36). Nalguns estudos foi mesmo detetado um maior atingimento das esferas mental e emocional do que propriamente do funcionamento físico(32) que pode mesmo levar a depressão(33).

Na adolescência, período crítico de desenvolvimento de autoidentidade e autoestima, são reportadas ansiedade, dificuldades interpessoais, isolamento social, vergonha e autoconsciência. Num estudo feito com adolescentes com variadas doenças de pele, o grupo com dermatite atópica foi o que obteve resultados ilustrativos de maior compromisso de qualidade de vida(36).

De um modo geral, uma maior severidade e falta de controlo da doença está associada a maior impacto na QdV(32), sendo confirmado por diversos estudos(34). Contudo, a severidade da doença percebida pelo doente e familiares pode diferir da percebida por observadores externos e investigadores, e nalguns casos pode nem influenciar a QdV do doente(37).

Dificuldades no sono são alterações reportadas frequentemente nos primeiros anos de vida, contudo estas são mais prevalentes em crianças com dermatite atópica. As alterações mais frequentes são dificuldade no início do sono, acordares múltiplos e diminuição global da eficácia do sono, e estão maioritariamente associadas ao prurido. Uma hipótese sugere que estas alterações numa fase precoce da vida se podem tornar em padrões de sono aprendidos, o que justifica que estes problemas, sobretudo os acordares durante a noite, possam permanecer

mesmo após a remissão da doença(36). As consequências associadas ao sono não eficaz incluem dificuldade no acordar, cansaço diurno, irritabilidade, e afetam o comportamento da criança e a sua produtividade durante o dia(34,36).

Na dermatite atópica não é só a QdV da criança que está afetada, esta pode também afetar o bem-estar financeiro, social, emocional e físico dos pais, estando o grau aumentado de severidade da doença associado a um efeito mais deletério na família, assim como a preocupação com os custos dos cuidados de saúde e a procura de terapias alternativas.

Alterações do sono, sobretudo perda de horas de sono, podendo-se relacionar com ansiedade e depressão maternas, são também reportadas. Estas estão relacionadas sobretudo com preocupações sobre a causa da doença, custos associados, uso correto da medicação e efeitos secundários desta, e comprometimento a longo prazo da saúde, bem-estar e autoestima da criança. Estão associados também alterações emocionais como tristeza, choro e culpabilização, pois muitas vezes pelo menos um dos elementos do casal sofre também de doença atópica(36).

Na dermatite atópica, cujos doentes se encontram sobretudo em idade pediátrica, é muito importante avaliar a qualidade de vida não só dos doentes mas também dos seus familiares(32,36). A falta de suporte dado às famílias de crianças com esta patologia pode condicionar que seja reportado um maior grau de atingimento da família devido à doença, do que o obtido, por exemplo, em famílias de crianças com Diabetes Mellitus com início na infância(36). Estudos comparando a dermatite atópica com outras doenças crónicas, como psoríase, depressão, hipertensão e Diabetes Mellitus tipo 2, mostraram que esta apresenta um maior impacto na QdV(33).

Usando questionários específicos de pele foi avaliado o impacto de várias doenças dermatológicas e as doenças que apresentavam os maiores efeitos na QdV foram a escabiose e a dermatite, ambas com sintomatologia pruriginosa importante. Em estudos posteriores,

resultados semelhantes foram obtidos, com a psoríase, acne e dermatite atópica entre as doenças que demonstraram um maior impacto na QdV das crianças avaliadas(36,38).

11.2.1. Questionários

Avaliar o impacto da dermatite atópica na QdV pode ajudar na tomada de decisões quanto ao tratamento(34), e os questionários são o método mais usado para este fim, podendo ser respondidos pelo próprio doente ou por familiares, caso o doente seja uma criança(35). Vários específicos de pele foram desenvolvidos. Um exemplo é o *Children's Dermatology Life Quality Index* (CDLQI), desenvolvido para avaliar os efeitos de doenças dermatológicas em crianças dos 3 aos 16 anos, e o *The Family Dermatology Life Quality Index*(36).

Questionários específicos de doença são medidas mais sensíveis e compreensíveis dos efeitos específicos da doença. Alguns exemplos são: *Dermatitis Family Impact questionnaire (DFI)*, *Infants' Dermatitis Quality of Life Index (IDQOL)*, *Childhood Atopic Dermatitis Impact Scale (CADIS)*, *Parents' Index of Quality of life in Atopic Dermatitis (PIQoL-AD)*, *Childhood Impact of Atopic Dermatitis*, e *Quality of Life in Primary Caregivers of Children with Atopic Dermatitis*(36,37). Os diversos questionários apresentam características que os tornam úteis em diferentes situações. O DFI de 10 itens e o IDQOL avaliam sobretudo sintomas e função e apenas necessitam de poucos minutos para serem completados, enquanto o CADIS de 45 itens e o PIQoL-AD de 28 itens avaliam mais profundamente os efeitos emocionais e necessitam de mais tempo para o seu preenchimento(36).

11.3. Síntese Conclusiva

A dermatite atópica é uma doença muito comum, que condiciona importantes alterações na QdV dos seus doentes, com impacto em aspetos físicos, económicos, sociais e emocionais, e estas são tanto maiores quanto maior a severidade e a falta de controlo da doença. As crianças

pequenas apresentam mais frequentemente irritabilidade, choro fácil e queixume frequente. O sono pode-se encontrar alterado, sobretudo devido ao prurido, o que pode levar a sonolência noturna, dificuldades de aprendizagem e diminuição da produtividade. O atingimento emocional é de tal ordem que pode levar a estados de depressão. Na adolescência, a dermatite atópica associa-se a ansiedade, dificuldades interpessoais, isolamento social e vergonha. O bem-estar financeiro, social, emocional e físico dos pais também está afetado, existindo relação com a severidade da doença.

O uso de questionários para avaliar a QdVRS nestes doentes, sobretudo os específicos de doença, é muito importante e, com base nos resultados, podem ser tomadas medidas quanto a vários aspetos da doença como, por exemplo, fazer mudanças na terapêutica dos doentes, de modo a tentar melhorar a QdVRS.

12. COMORBILIDADES ENTRE DOENÇAS ALÉRGICAS

Tem-se tornado cada vez mais claro que a associação de várias doenças alérgicas num mesmo doente é algo comum, e não a exceção à regra(18,39), sendo a presença de asma, rinite alérgica e dermatite atópica no mesmo indivíduo algo não infrequente(18).

Muitas vezes a dermatite atópica constitui o primeiro passo de uma série de manifestações alérgicas, a chamada “marcha” atópica(7,31), estando relacionada com a sensibilização para alérgenos alimentares(6,32) e, sobretudo, com um maior risco de desenvolvimento de asma e rinite alérgicas e alergias alimentares(18,32).

Doentes alérgicos exclusivamente com asma são raros(39) e muito frequentemente doentes com asma alérgica apresentam também rinite alérgica, e doentes com rinite alérgica frequentemente têm asma ou hiper-reatividade brônquica não-específica(7). É estimado que sejam cerca de 40% os doentes com rinite que apresentam asma concomitante, e cerca de 80%

os doentes com asma que tenham rinite(18,39). Para justificar esta situação, é muitas vezes sugerido um único mecanismo fisiopatológico para ambas as doenças(18,39), corroborado pelo facto da incidência e severidade da asma melhorar com o tratamento da rinite(18).

A conjuntivite alérgica é também uma comorbilidade comum da rinite alérgica(18).

Na maioria dos estudos realizados, a QdVRS é avaliada estritamente em relação a uma só doença, mas nas doenças alérgicas, não considerar as suas interações, pode constituir um viés importante na interpretação dos resultados(7). É portanto necessário o desenvolvimento e validação de questionários que tenham em conta esta atuação de comorbilidades entre doenças alérgicas.

No caso da associação frequente entre asma e rinite, o uso de questionários específicos para uma das doenças, não tem em conta sintomas específicos da outra, subvalorizando assim o valor do impacto na QdVR da sua presença conjunta(39). O *Rhinasthma* é um instrumento desenvolvido para avaliar a QdVRS nas situações em que ambas a asma e rinite alérgicas se encontram presentes, e por considerar a rinite e asma alérgicas como diferentes aspetos da mesma doença, é capaz de ultrapassar o viés que se obtém quando se avaliam as duas patologias como entidades individuais(7,15).

Já foram realizados alguns estudos tendo esta característica das doenças alérgicas em consideração, mas o seu número permanece reduzido. Estes demonstram, de um modo geral, que individualmente, cada uma das patologias causa impacto na QdV, e que quando concomitantes, o impacto é ainda superior(7).

Um estudo realizado para avaliar a relação da QdV e a severidade da doença em indivíduos com dermatite atópica, concluiu que os adultos estudados com outras doenças atópicas concomitantes, como asma, rinite ou conjuntivite, apresentaram maior impacto na QdV do que aqueles apenas com dermatite atópica(34). Quando avaliada uma grande amostra de doentes

alérgicos, quanto à existência de alguma doença atópica que, em concomitância com outra, apresentasse maior impacto negativo na QdVRS, foi concluído que a presença concomitante de asma, em doentes com rinite ou dermatite, traduz um impacto superior na QdVR, mas o contrário não sucede(7).

Nas alergias alimentares, a associação com outras doenças alérgicas também ocorre. As crianças com alergias alimentares são muitas vezes descritas como atópicas e muitas apresentam também asma ou dermatite atópica, apresentando *scores* significativamente mais baixos de QdV do que as crianças que apresentam alergia alimentar isoladamente(28).

13. CONCLUSÃO

A QdV é um conceito que cada vez é tido mais em conta na sociedade atual, e a QdVRS tem cada vez mais importância, sobretudo quando se consideram doenças crónicas e muito prevalentes.

As doenças alérgicas, com uma prevalência a aumentar, são consideradas por alguns um problema de saúde pública pandémico, apesar de muita gente considerar que se tratam de patologias “triviais” e de pouca importância devido a, na sua grande maioria, não colocarem em risco a vida dos doentes.

Com este trabalho demonstrou-se que as doenças alérgicas, no geral, mas sobretudo as quatro patologias analisadas mais em pormenor (asma alérgica, rinite alérgica, alergias alimentares e dermatite atópica), afetam de modo marcado a vida dos seus doentes. Muitas vezes também os seus familiares e cuidadores são afetados, sobretudo se se tratarem de doentes em idade pediátrica. O elevado impacto económico é transversal a todas as patologias, devido a custos diretos com a doença e com custos indiretos associados a absentismo laboral dos doentes e

também dos cuidadores. A qualidade do sono encontra-se diminuída sobretudo nas doenças respiratórias, asma e rinite, devido às características fisiopatológicas e sintomas característicos, mas na dermatite atópica também pode estar comprometida devido ao prurido, que condiciona múltiplos despertares noturnos. O isolamento social está presente em todas as doenças, mas é mais intenso na alergia alimentar devido a todos os cuidados necessários para evitar o alergénio. Graus mais elevados de ansiedade estão documentados sobretudo na alergia alimentar e dermatite atópica. Os familiares apresentam frequentemente alterações comparáveis às dos doentes alérgicos, como diminuição da qualidade do sono, níveis mais elevados de ansiedade e maior absentismo laboral. De um modo geral, quanto maior a severidade da doença, e menor o nível de controlo da mesma, maior o impacto que apresentam na QdV dos doentes e seus familiares. Nas alergias alimentares o número de alergénios também tem importância, sendo o impacto na QdV superior quanto maior o número de alimentos a que o doente é alérgico.

Pode-se concluir que todas estas doenças apresentam, em maior ou menor grau, impacto em aspetos físicos, sociais, emocionais e económicos dos seus doentes e respetivas famílias.

É necessário, e de grande utilidade, que se avalie rotineiramente na prática clínica a QdVRS de doentes com patologia alérgica. Deste modo é possível perceber de que modo cada doente é afetado pela doença e individualizar a terapêutica e o modo de atuação de acordo com os resultados obtidos. Para tal, é aconselhável o uso de questionários específicos de doença, sempre que tal seja possível.

Um aspeto importante nas doenças alérgicas é que estas raramente estão presentes isoladamente. As associações entre diferentes alergias num mesmo doente é comum, e é importante considerar tais associações quando se avaliam estes doentes pois a QdV é afetada negativamente pela concomitância de patologias alérgicas. Os estudos realizados avaliam maioritariamente o impacto isolado de uma determinada doença na QdV dos seus doentes e é importante começar a considerar estas associações de doenças alérgicas de modo a obter

resultados mais aproximados do verdadeiro impacto que as doenças alérgicas têm na QdV dos seus doentes.

14. AGRADECIMENTOS

À Prof. Dr^a. Ana Todo-Bom e Prof. Dr^a. Anabela Mota Pinto pela orientação prestada.

À minha família por todo o apoio ao longo deste percurso.

Aos meus amigos pelo incentivo dado, muitas vezes sem sequer se aperceberem.

15. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Group TW. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychol Med.* 1998;28(3):551–8.
2. Baiardini I, Bousquet PJ, Brzoza Z, Canonica GW, Compalati E, Fiocchi A, et al. Recommendations for assessing Patient-Reported Outcomes and Health-Related quality of life in clinical trials on allergy: A GA2LEN taskforce position paper. *Allergy Eur J Allergy Clin Immunol.* 2010;65(3):290–5.
3. Owen, Judith A.; Punt, Jenni; Stranford SA. *Kuby Immunology.* 7th ed. Macmillan Higher Education; 2009. 485-501 p.
4. Pawankar R, Canonica GW, Holgate ST, Lockey RF. *WAO White Book on Allergy.* World Allergy Organization; 2011. 11-15 p.
5. Calderon MA, Demoly P, Gerth van Wijk R, Bousquet J, Sheikh A, Frew A, et al. EAACI: A European Declaration on Immunotherapy. Designing the future of allergen specific immunotherapy. *Clin Transl Allergy.* BioMed Central Ltd; 2012 Jan 30;2(1):20.

6. A.Akdis C, Agache I, editors. Global Atlas of Allergy. European Academy of Allergy and Clinical Immunology; 2014.
7. Baiardini I, Braido F, Brandi S, Canonica GW. Allergic diseases and their impact on quality of life. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2006 Oct;97(4):419–28; quiz 429–30, 476.
8. Kasper, Dennis L.; Fauci, Anthony S.; Longo, Dan L.; Hauser, Stephen L.; Jameson, J. Larry; Loscalzo J, editor. *Harrison's Principles of Internal Medicine.* In: 19th ed. McGraw-Hill Education; 2015. p. 1669–81.
9. Pereira E, Cavalcante A, Pereira E, Lucas P, Holanda M. Asthma control and quality of life in patients with moderate or severe asthma. *J Bras Pneumol.* 2011;37(June):705–11.
10. Dean BB, Calimlim BC, Sacco P, Aguilar D, Maykut R, Tinkelman D. Uncontrolled asthma: assessing quality of life and productivity of children and their caregivers using a cross-sectional Internet-based survey. *Health Qual Life Outcomes.* 2010;8(1):96.
11. Ferreira LN, Brito U, Ferreira PL. Quality of life in asthma patients. *Rev Port Pneumol (English Ed. Elsevier; 2010;16(1):23–55.*
12. Wilson, Sandra R; Rand, Cynthia S; Cabana, Michael D; Foggs, Michael B; Halterman JS et al. Asthma Outcomes : Quality of Life. *J Allergy Clin Immunol.* 2012;129(3 Suppl):S88–123.
13. Basso RP, Jamami M, Labadessa IG, Regueiro EMG, Pessoa BV, Oliveira AD de, et al. Relationship between exercise capacity and quality of life in adolescents with asthma. *J Bras Pneumol publicação Of da Soc Bras Pneumol e Tisiologia.* 2013 Jan ;39(2):121–7.
14. Li Z, Huang I-C, Thompson L, Tuli S, Huang S-W, DeWalt D, et al. The relationships between asthma control, daytime sleepiness, and quality of life among children with

- asthma: a path analysis. *Sleep Med.* 2013;14(7):641–7.
15. Braido F, Bousquet PJ, Brzoza Z, Canonica GW, Compalati E, Fiocchi A, et al. Specific recommendations for PROs and HRQoL assessment in allergic rhinitis and/or asthma: A GA2LEN taskforce position paper. *Allergy Eur J Allergy Clin Immunol.* 2010;65(8):959–68.
 16. Rodrigues C, Santis M de, Arrobas AM. Rinite alérgica e doenças associadas. *Rev Port Pneumol. Sociedade Portuguesa de Pneumologia;*15(5):891–8.
 17. SPAIC. Rinite em Portugal. Available from: <http://www.spaic.pt/grupos-trabalho/rinite?page=21>
 18. Camelo-Nunes IC, Solé D. Allergic rhinitis: indicators of quality of life. *J Bras Pneumol publicação Of da Soc Bras Pneumol e Tisiologia.* 2010 Jan;36(1):124–33.
 19. Bousquet PJ, Demoly P, Devillier P, Mesbah K, Bousquet J. Impact of allergic rhinitis symptoms on quality of life in primary care. *Int Arch Allergy Immunol.* 2013;160(4):393–400.
 20. Scadding GK. Optimal management of allergic rhinitis. *Arch Dis Child.* 2015;100(6):576–82.
 21. Thompson A, Sardana N, Craig TJ. Sleep impairment and daytime sleepiness in patients with allergic rhinitis: the role of congestion and inflammation. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2013 Dec;111(6):446–51.
 22. Goh B-S, Ismail MIM, Husain S. Quality of life assessment in patients with moderate to severe allergic rhinitis treated with montelukast and/or intranasal steroids: a randomised, double-blind, placebo-controlled study. *J Laryngol Otol.* 2014;128(3):242–8.
 23. Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire (RQLQ). American Thoracic Society.

2015. Available from:
<http://www.thoracic.org/members/assemblies/assemblies/srn/questionnaires/rqlq.php>
24. Juniper EF, Thompson AK, Ferrie PJ, Roberts JN. Development and validation of the mini Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire. *Clin Exp Allergy*. 2000 Jan [cited 2016 Mar 19];30(1):132–40.
25. AAAAI. Food Allergy Defined | AAAAI. Available from:
<http://www.aaaai.org/conditions-and-treatments/conditions-dictionary/food-allergies.aspx>
26. MacKenzie H, Dean T. Quality of life in children and teenagers with food hypersensitivity. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2010;10(4):397–406.
27. Walkner M, Warren C, Gupta RS. Quality of Life in Food Allergy Patients and Their Families. *Pediatr Clin North Am*. 2015;62(6):1453–61.
28. Bacal LR. The impact of food allergies on quality of life. *Pediatr Ann*. 2013;42(7):141–5.
29. Morou Z, Tatsioni A, Dimoliatis IDK, Papadopoulos NG. Health-related quality of life in children with food allergy and their parents: A systematic review of the literature. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2014;24(6):382–95.
30. Noone SA. Food allergy: Impact on health-related quality of life. 2014. Available from:
<http://www.uptodate.com/contents/food-allergy-impact-on-health-related-quality-of-life>
31. Nutten S. Atopic dermatitis: Global epidemiology and risk factors. *Ann Nutr Metab*. 2015;66:8–16.
32. Lifschitz C. The impact of atopic dermatitis on quality of life. *Ann Nutr Metab*.

- 2015;66(suppl 1):34–40.
33. Amaral CSF do, March M de FBP, Sant'Anna CC. Quality of life in children and teenagers with atopic dermatitis. *An Bras Dermatol*. 2012 Oct;87(5):717–23.
 34. Kim DH, Li K, Seo SJ, Jo SJ, Yim HW, Kim CM, et al. Quality of life and disease severity are correlated in patients with atopic dermatitis. *J Korean Med Sci*. 2012;27(11):1327–32.
 35. Chernyshov P, Jirakova A, Ho R., Moed H, Caldeira A, Alvarenga T, et al. An international multicenter study on quality of life and family quality of life in children with atopic dermatitis. *Indian Journal of Dermatology, Venereology, and Leprology*. 2013. p. 52.
 36. Chamlin SL, Chren M-M. Quality-of-life outcomes and measurement in childhood atopic dermatitis. *Immunol Allergy Clin North Am*. 2010 Aug [cited 2016 Mar 13];30(3):281–8.
 37. van Valburg R. Quality of Life Measurement and its Relationship to Disease Severity in Children with Atopic Dermatitis in General Practice. *Acta Derm Venereol*. 2011;91:147–51.
 38. Manzoni APDDS, Pereira RL, Townsend RZ, Weber MB, Nagatomi ARDS, Cestari TF. Assessment of the quality of life of pediatric patients with the major chronic childhood skin diseases. *An Bras Dermatol*. 2012;87(3):361–8.
 39. Petersen KD, Kronborg C, Gyrd-Hansen D, Dahl R, Larsen JN, Løwenstein H. Quality of life in rhinoconjunctivitis assessed with generic and disease-specific questionnaires. *Allergy Eur J Allergy Clin Immunol*. 2008;63(3):284–91.